

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 169.

DES
PERFORATIONS SPONTANÉES
DE LA VÉSICULE BILIAIRE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon BRICKA

Né le 8 Août 1874, à Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1899

A MA FAMILLE

A MES AMIS

HOMMAGE RESPECTUEUX

Au moment de quitter, après six ans de séjour cette ville d'où nous emportons de si doux souvenirs, nos remerciements doivent aller tout d'abord à Mme et à M. Charles Barcet envers qui nous avons contracté une si grande dette de reconnaissance. Dans leur maison hospitalière, nous avons trouvé une seconde famille; le sentiment de leur affectueuse sollicitude nous a souvent réconforté dans nos études, et nous n'oublierons jamais le charme de tant d'heures intimes. C'est aussi avec une sincère émotion que nous assurons ici la famille Cumin de notre vive gratitude et de notre durable affection.

Que nos maîtres qui ont eu à diriger nos débuts dans les études médicales veuillent bien accepter tous nos remerciements.

Nous prions M. le professeur Poncet, qui a daigné accepter la présidence de cette thèse, de vouloir bien

nous permettre de l'assurer de notre respectueux attachement et de lui dédier ce travail. C'est un grand honneur qu'il nous fait, dont nous ressentons tout le prix.

Nous sommes heureux d'adresser à M. le docteur Garel l'expression de notre vive gratitude pour les enseignements qu'il nous a prodigués.

Que M. le professeur Bard veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Il est un devoir pour nous d'adresser ici nos remerciements les plus sincères à M. Siraud, agrégé à la Faculté et à M. le docteur Rivière, moniteur de clinique chirurgicale, et à nos excellents camarades Balvay et Sargnon, internes des hôpitaux, qui nous ont donné tant de preuves de leur inépuisable obligeance.

Qu'ils soient tous assurés de notre gratitude pour ce témoignage de leur amitié.

AVANT PROPOS

L'étude des abcès chroniques de l'amygdale et de la région amygdalienne est de date fort récente; c'est Gryndfeld, en effet, qui, le premier décrit, cette affection en 1884. Depuis lors, il paraît une série de travaux, pour la plupart français; néanmoins le nombre des observations est fort limité, et encore, sous la rubrique, abcès enkystés chroniques de l'amygdale, les auteurs rangent-ils les formes chroniques fistuleuses, pas toujours compliquées de collections suppurées.

Nous décrirons dans ce travail, sous le nom d'abcès chroniques et enkystés amygdaliens et périamygdaliens, *les collections suppurées non tuberculeuses, à allure chronique, qu'elles s'accompagnent, ou non, de fistule*; à l'exemple des auteurs qui se sont occupés de cette question nous y comprendrons les fistules chroniques de cette région, car souvent, à un moment donné, elles s'accompagnent de collections qui se vident mal et, par conséquent, constituent des abcès enkystés chroniques avec fistules.

Du fait de notre définition, nous éliminons les suppurations bacillaires, fistuleuses ou non, que l'on peut trouver dans la région, et qui proviennent, le plus souvent, d'un mal de Pott cervical.

Après avoir esquissé rapidement et à grands traits l'anatomie et la physiologie bien connues de cette région, nous ferons l'historique de cette question connue depuis peu, pour nous appesantir ensuite sur l'étude clinique ; nous nous proposons d'insister particulièrement sur les symptômes des différentes formes observées, et le traitement de ces suppurations chroniques.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Nous ne voulons pas relater ici en détail l'anatomie de l'amygdale fort bien décrite dans les traités classiques, et notamment dans l'ouvrage de Sallard « amygdalites aiguës » ; nous rappellerons seulement en quelques mots les points importants pour notre travail.

Dans cette étude anatomique, nous étudierons d'abord l'amygdale au double point de vue anatomique et physiologique, puis la région amygdalienne, c'est-à-dire la loge amygdalienne et les piliers.

L'amygdale, dont la forme rappelle celle d'une amande très aplatie, est oblique en bas et en arrière ; ses dimensions sont très variables ; sa teinte tire habituellement sur le rose. Elle présente à considérer deux faces : la face, externe adhérente, est séparée de la paroi fibro-musculaire du pharynx et de l'espace maxillo-pharyngien, si important à cause de son contenu vasculo-nerveux, par une atmosphère celluleuse très mince, siège fréquent de la suppura-

tion péritonsillaire. La face libre présente pour nous un intérêt bien plus considérable; elle est, en effet rendue infractueuse par la présence de cryptes plus ou moins profondes, dans lesquelles s'amassent des mucosités, des grumeaux amenant des phénomènes inflammatoires : c'est l'amygdalite lacunaire.

Si les phénomènes inflammatoires sont intenses, les bords de la crypte se soudent parfois, elle suppure et constitue alors un abcès enkysté amygdalien localisé que nous considérons comme un deuxième stade de l'amygdalite lacunaire. Les bords antérieurs et postérieurs sont très rapprochés des piliers, de sorte qu'au cours des phénomènes inflammatoires, l'amygdale adhère souvent à ces derniers, créant ainsi un lieu de moindre résistance, ce qui, pour certains auteurs, notamment Clarence-Rice, serait une des grandes causes des suppurations récidivantes de cette région.

L'amygdale est un organe qui se compose d'une muqueuse et d'un tissu propre. La muqueuse, recouverte d'un épithélium pavimenteux, stratifié, contient des glandes acineuses qui, pour quelques auteurs, se déversent dans les cryptes et, par conséquent, peuvent jouer un rôle encore mal défini dans la production des collections purulentes localisées de l'amygdale; quant au tissu propre, il est constitué essentiellement par des follicules clos. Nous ne parlerons pas des vaisseaux, artères, veines et lymphatiques qui, à notre point de vue, ne présentent rien de bien spécial à signaler, car les abcès chroniques de cette région

ne s'accompagnent à peu près jamais de réaction lymphatique.

Les nerfs proviennent surtout du glosso-pharyngien et aussi du lingual. L'innervation de cet organe présente un intérêt clinique assez considérable; c'est ainsi que, d'après la plupart des auteurs, et surtout Ruault, l'anastomose du glosso-pharyngien avec les filets nerveux sensitifs de la corde du tympan explique l'otalgie si fréquente dans les lésions amygdaliennes, en l'absence même de toute inflammation de la muqueuse des trompes.

Nous sommes beaucoup moins renseignés sur le rôle physiologique exact de l'amygdale; nous savons pourtant que cet organe constitue la partie importante de l'appareil lymphoïde, représenté dans cette région par les amygdales linguales, pharyngées et buccales. Leur ablation n'est suivie d'aucun trouble notable; leur rôle est insignifiant dans la déglutition et leur action hématopoiétique n'a jamais été bien démontrée.

La fonction la plus importante et la moins discutée de cet organe consiste dans la destruction des germes pathogènes si nombreux à ce niveau. Fox lui attribue un rôle absorbant que rien n'est venu démontrer.

La région amygdalienne comprend la loge amygdalienne et les organes qui la limitent.

La loge, ou fossette amygdalienne, constitue un triangle à base répondant au bord de la langue et à sommet constitué par la jonction des deux piliers. Elle contient l'amygdale, et se trouve limitée en avant

par le pilier antérieur, comprenant dans son épaisseur le muscle glosso-staphylin, en arrière par le pilier postérieur, constitué par le muscle pharyngo-staphylin, recouvert de la muqueuse.

Normalement, l'amygdale n'occupe pas toute sa loge; il existe entre elle et les piliers un espace qui semble virtuel au premier abord, mais il suffit d'écarter un peu les piliers pour le rendre visible; il existe donc entre chaque pilier et l'amygdale une fossette : l'une antérieure, l'autre postérieure, et la troisième, la plus importante (fossette sus-amygdalienne) est comprise entre le bord supérieur de l'amygdale et le point de jonction des deux piliers.

L'étude de cette fossette sus-amygdalienne est fort intéressante. Les recherches anatomiques ont montré qu'il existe là de véritables diverticules congénitaux filant du côté du voile et que dans cette loge, on peut trouver des formations membraneuses plus ou moins épaisses. C'est surtout à His que nous devons la découverte du *plica triangularis*. Si on examine avec soin le pilier antérieur du voile du palais, on voit un repli de la muqueuse naître sur le bord libre et s'étendre en arrière vers l'amygdale, qui est en partie recouverte.

Ce repli (*plica triangularis* de His) a, dans les cas typiques une forme nettement triangulaire. Sa pointe se confond avec le pilier et se perd dans le voile du palais; sa base s'insère sur la langue, tandis que le bord libre s'étend sur l'amygdale à laquelle il est même parfois adhérent. Sur les grosses amygdales

des enfants, il est bien tendu et a une apparence lisse caractéristique.

Si à la partie supérieure de l'amygdale, immédiatement au-dessous de ce pli, on introduit un stylet, on pénètre dans une cavité qui s'enfonce dans le voile du palais d'une profondeur variable, c'est la fossette sus-amygdalienne de His, ou mieux, le recessus palatin.

La situation et les rapports de cette fossette peuvent varier suivant la disposition du *plica triangularis* et suivant le développement de l'amygdale.

Le plus souvent, cet espace est placé en avant de la partie supérieure de l'amygdale et se trouve limité par le pilier antérieur du voile. En haut, il pénètre dans le voile : la principale direction de cette cavité est en haut et en arrière dans la partie musculaire du voile, mais ses rapports peuvent être considérablement modifiés par la disposition du *plica triangularis*.

Souvent, en effet, ce plica, peu marqué, ressemble plutôt à un cordon et recouvre incomplètement cette fossette ; dans d'autre cas, au contraire, surtout chez les enfants, il a l'aspect d'un rideau qui cache l'amygdale et en adoucit les contours.

Quand l'amygdale s'atrophie, le plica revient en arrière, s'approche du pilier postérieur et traverse d'avant en arrière, l'espace qui sépare les deux piliers du voile du palais.

Le mode de développement du tissu amygdalien peut changer la disposition de la fossette de trois manières différentes :

1^o Si la partie supérieure de l'amygdale est peu

développée, la fossette est vaste et peut être bien examinée dans toute son étendue à l'aide d'un miroir rhinoscopique;

2^o Si la partie supérieure de l'amygdale est volumineuse, la fossette est petite; elle est bornée en arrière par l'amygdale, et recouverte en avant par le *plica* : c'est la forme la plus fréquente et la plus importante, à cause de son étroite ouverture, qui favorise sa rétention;

3^o Si le tissu amygdalien occupe entièrement la partie supéro-antérieure de l'interstice des deux piliers; la fossette est alors située en haut et en arrière de l'amygdale, en contact avec le pilier postérieur; c'est une forme rare.

Telles sont les recherches de His sur la fossette sus-amygdalienne et le *plica triangularis*, recherches bien résumées dans un article de Paterson. Cet auteur signale la fréquence des suppurations de la fossette sus-amygdalienne et la production parfois de calculs secondaires.

Merkel a retrouvé et décrit le *plica triangularis* de His.

His a également montré que la fossette sus-amygdalienne se prolonge parfois en arrière, formant ainsi un diverticule plus ou moins profond dans la direction du voile.

Tourtual, en 1846, a également signalé ce diverticule congénital, et Landgraft, dans un travail récent sur la pathologie du voile du palais, publie deux cas où ces fistules du voile, d'origine embryologique,

existent sans traces de suppuration ; elles occasionnent simplement un peu de gêne de ce côté.

Si nous nous sommes longuement étendus sur l'anatomie de la fossette sus-amygdalienne et ses anomalies, c'est que plusieurs auteurs, entre autres Cartaz, étudiant la pathogénie des fistules purulentes de cette région, filant dans le voile, ont émis une double hypothèse : ou bien il s'agit d'un diverticule congénital, qui, à l'occasion d'une poussée inflammatoire aiguë, s'enflamme et suppure chroniquement ; ou bien c'est une fistule purulente, secondaire à une inflammation aiguë, sans diverticule congénital préalable.

HISTORIQUE

L'étude des abcès enkystés chroniques de l'amygdale et de la région péri-amygdalienne est de date très récente, puisque c'est Gryndfeld qui, en 1884, publie le premier cas.

Avant lui, aucun auteur n'en parle; pourtant Robert avait observé un cas curieux d'amygdale kystique, mais qui avait nettement une origine hydatique.

C'est donc Gryndfeld qui, le premier, constate cette affection; il trouve chez un jeune homme de 17 ans une collection amygdalienne fluctuante, consécutive à une angine aiguë banale et ne fait pas de diagnostic ferme entre un kyste et un abcès.

La collection ouverte aux ciseaux guérit complètement.

Quatre ans plus tard, Noquet présente à la société française d'otologie, laryngologie et rhinologie un abcès avec fistule développé sur un moignon amygdalien; l'amygdalotomie avait été pratiquée quatorze ans auparavant; son malade guérit par l'ouverture de l'abcès au galvano.

Au même Congrès, Moure relate un abcès analogue, guéri par la cautérisation galvanique, et Hering (de Varsovie) cite deux cas diagnostiqués au moment de l'ablation de l'amygdale.

Depuis lors, les observations deviennent plus nombreuses ; Natier observe à la clinique de Moure, en 1889, un abcès chronique de l'amygdale droite, qu'il prend pour un fibrome.

M. Garel, à cette époque, publie trois cas, dont deux diagnostiqués (il s'agit de formes fistuleuses).

Dans le troisième cas, le malade subissant à ce moment une poussée inflammatoire intense, le diagnostic précis est impossible, l'abcès s'ouvre *spontanément* et la guérison survient. Pour cet auteur, il s'agit là de cas rares et de longue durée ; les formes fistuleuses chroniques sont dues à la sinuosité des trajets plus ou moins oblitérés par les contractions des plans musculaires. Il admet aussi que l'hypertrophie amygdalienne, qui persiste après les poussées aiguës, empêche l'affaissement des parois fistuleuses ; il conseille l'emploi du galvano-cautère.

Moure a l'occasion d'observer d'autres cas et il inspire à Babuel-Peyrissac sa thèse de doctorat qui constitue le travail le plus important paru jusqu'à ce jour sur cette question.

L'auteur relate dix observations, dont une où l'examen bactériologique démontre la présence du *staphylococcus pyrogenes albus* et préconise comme traitement l'ouverture et la cautérisation au galvano-cautère.

Gouguenheim, en 1894, n'avait pas encore eu l'oc-

casion d'observer des cas semblables ; il publie, à cette époque, un travail sur l'amygdalite phlegmo-neuse suppurée, et signale, comme complication, la chronicité des abcès vue par quelques auteurs.

En septembre 1894, quelques mois après, par conséquent, le même auteur en collaboration avec son interne, M. le docteur Ripault, dans un article sur les abcès péri-amygdaliens, signale les formes à répétitions avec fistules, s'ouvrant en dehors de l'amygdale et parfois même des piliers, il en signale un cas. Il conseille les débridements étendus, surtout pour les fistules du voile. Le pronostic reste bénin, ces abcès n'ayant aucune tendance à la diffusion. Guépin et Ripault, étudiant la sémiologie des tumeurs de l'amygdale, parlent des abcès chroniques enkystés qui simulent, à s'y méprendre, des tumeurs solides (cas de Natier où un abcès chronique de l'amygdale est pris pour un fibrome).

Ruault fait l'étude des fistules chroniques extra-amygdaliennes dont il a l'occasion d'observer quatre ou cinq cas chez des femmes âgées de 20 à 25 ans ; le premier, il signale les abcès chroniques du voile ; pour lui, ces fistules qui partent de la fossette sus-amygdalienne et vont dans le voile, constituent les cas les plus tenaces ; il donne comme symptômes, la rougeur et l'hypertrophie plus ou moins considérables de l'amygdale et de l'arc palatin, le goût fétide, la gêne rétro-palatine, l'issue d'une gouttelette de pus à la pression ; l'examen au stylet donne parfois des renseignements incomplets à la cause de la sinuosité du trajet, aussi dans plusieurs cas, ne pouvant

complètement débrider la fistule, il instille dans son intérieur des solutions iodo-iodurées et du chlorure de zinc; il obtint ainsi des améliorations, mais pas de guérison définitive.

Ripault, en mars 1894, publie un cas de fistule partant de la fossette sus-amygdalienne et filant dans le voile chez un enfant de 13 ans.

M. Garel a, de nouveau, l'occasion d'observer plusieurs cas de suppurations chroniques de la région amygdalienne; un de ses élèves, M. le docteur Hugues, les relate au Congrès de laryngologie, Paris 1897, et fait à ce propos, une étude d'ensemble de la région.

Cartaz s'occupe des abcès chroniques du voile et publie deux cas déjà relatés à la Société de laryngologie de Paris, en février 1894. Il insiste sur les abcès chroniques fistuleux, partant de la fossette sus-amygdalienne, pour se prolonger dans le voile, discute leur origine et admet une double hypothèse.

1^o Diverticule congénital enflammé à l'occasion d'une poussée d'amygdalite et de péri-amygdalite :

2^o Fistule consécutive à un abcès péri-amygdalien, occupant l'épaisseur du voile, sans existence préalable de diverticule congénital.

L'auteur conseille le débridement des trajets au galvano et la cautérisation des parois.

Lermoyez, au Congrès de la Société française d'otologie, de laryngologie, de rhinologie, de mai 1897, publie un cas de fistule du voile sans angine aiguë préalable.

Récemment, Georges Laurens relate un cas de fistule sus-amygdalienne à double trajet du côté du

voile et du pilier antérieur, et préconise l'ouverture large du foyer.

M. Sargnon, interne des Hôpitaux de Lyon, rapporte dans le *Lyon Médical*, 3 juillet 1898, l'observation d'un abcès enkysté chronique datant de trois ans, consécutif à une amygdalite aiguë et simulant une lésion kystique ; l'ouverture large de l'abcès et la cautérisation au galvano amène rapidement la guérison.

L'auteur, après un rapide historique de la question, étudie quelques-unes des formes cliniques, et distingue pour les cas enkystés :

1^o Les formes avec hypertrophie totale ; l'abcès est alors central, probablement intra-parenchymateux d'emblée ;

2^o Les formes à hypertrophie partielle, qu'il croit dériver des amygdalites lacunaires, par soudure des bords de la crypte et suppuration franche de son contenu :

Il constate que les formes extra-amygdaliennes ne sont jamais véritablement enkystées ; elles s'accompagnent toujours de fistules.

Le traitement consiste surtout dans l'ouverture large de l'abcès et des fistules au galvano.

Observations.

Comme nous venons de le voir en étudiant l'historique, les cas d'abcès enkystés et chroniques de l'amygdale sont peu fréquents. Aux dix observations

relatées dans la thèse de Babuel-Peyrissac nous en ajoutons 13 autres, dont deux inédites, obligeamment fournies par MM. Garel et Rivière.

OBSERVATION I

GRYNFELT (*Gaz. heb. des Sciences Méd. de Montpellier*, 1884).

Il y a quelque temps, un jeune homme de dix-sept ans, de Cette, conduit par sa mère, vint me consulter pour un mal de gorge ancien. Maigre, sec, nerveux, notablement anémique, d'un habitus quelque peu féminin, ce jeune homme me dit, que, dix mois auparavant environ, il avait souffert d'un mal de gorge vulgaire qui fut traité d'abord par les moyens ordinaires de la médecine domestique, mais que, voyant que sa maladie de cédait pas, il s'était adressé au docteur Cathala, qui avait prescrit quelques gargarismes astringents qui avaient heureusement modifié l'état de sa gorge. Son affection perdit alors de son acuité, Toutefois, il lui resta une certaine gêne pour avaler et pour respirer, surtout la nuit, avec sensation de corps étranger au fond du gosier, une toux gutturale assez pénible et un nasonnement assez désagréable de la voix. De plus, devant une glace, il avait constaté lui-même à maintes reprises, un gonflement persistant du fond de la gorge.

Cet état durait depuis huit ou dix mois quand ce jeune homme vint me consulter.

Il était tel que je l'ai dépeint tout d'abord, sans fièvre, ne se plaignant que de sa gorge. De prime abord, en examinant cette région, je reconnus l'existence d'une légère angine glanduleuse généralisée, et la tumeur pharyngienne dont il m'avait parlé me parut être une simple hypertrophie de l'amygdale droite, dont je proposai l'ablation.

Aucune disposition n'ayant été prise pour un séjour de quelques jours à Montpellier, il fut convenu que cette opération serait remise à huitaine, et je prescrivis en attendant un gargarisme au bicarbonate de soude édulcoré avec de la glycérine.

Au jour fixé, je me rendis, muni de mon amygdalotome, chez une parente de mon malade, avec l'intention de lui faire l'incision de l'amygdale droite; mais, avant d'appliquer l'instrument, je voulus me rendre compte par le toucher de l'état de cette amygdale, Quel ne fut pas mon étonnement! Je crus sentir de la fluctuation, et pourtant le malade n'avait pas eu de poussée aigüe dans la dernière huitaine; il s'était trouvé bien pendant tout ce temps, attribuant au gargarisme bicarbonaté sodique que je lui avais prescrit, l'amélioration de son état. Examinant alors plus attentivement, je ne pus douter d'être en présence d'une collection liquide (kyste ou abcès) ayant pour siège l'amygdale. Que n'avais-je huit jours avant pratiqué cette exploration! Bref, laissant mon amygdalotome dans ma poche, d'où je ne l'avais pas sorti pour ne pas effrayer le patient, qui déjà n'était pas trop rassuré, j'allais prendre un bistouri dans ma trousse pour ouvrir cette collection liquide; mais il me fallut le laisser de côté, tellement il inspirait de l'effroi au malade. Alors, en souvenir de ma pratique obstétricale, je fis, avec des ciseaux, suivant le conseil de Depaul, une encoche imitant deux dents de scie sur le bord libre de l'ongle de mon indicateur droit, et j'ouvris cette collection liquide amygdalienne comme une poche amniotique, à la très grande satisfaction du malade. Il s'écoula une cuillerée à dessert de pus assez mal lié, contenant quelques grumeaux, et la tumeur s'affaissa.

Deux jours après, mon jeune et courageux malade put repartir pour Cette.

Bien que l'auscultation ne m'eût révélé aucune lésion des sommets, en considération de l'anémie notable qu'il présentait et surtout de son angine glanduleuse avec léger engorgement ganglionnaire cervical, je lui conseillai l'usage de l'eau de Labassère et des pilules d'arséniat de soude et d'extrait de quinquina.

OBSERVATION II

NOQUET (Soc. franc. d'ot. et laryng., 30 avril 1888).

Mme X.... âgée de 20 ans, vient me consulter le 5 octobre 1887. Cette dame, d'une bonne constitution, n'a

jamais eu de maladie grave. Elle se plaint de ressentir, depuis six mois, pendant la déglutition, une douleur très vive au niveau de l'amygdale gauche. En outre, plusieurs fois dans la journée, elle crache une certaine quantité de pus, qui, selon elle, sort certainement de l'amygdale.

Dès son enfance, cette dame a présenté une hypertrophie très prononcée des tonsilles. Vers l'âge de 6 ans, on lui fit, avec l'amygdalotome, l'ablation de la droite qui était la plus volumineuse. La gauche restée en place fut, surtout dans ces dernières années, le siège de poussées phlegmoneuses qui devinrent tellement fréquentes et tellement gênantes que le médecin de la famille pratiqua, il y a six mois, l'amygdalotomie. Mais cette opération n'améliora, en aucune façon, les symptômes. Au contraire, de périodiques, les douleurs devinrent permanentes, et le pus se mit à sortir tous les jours.

A l'examen, je constate que l'amygdale gauche a été sectionnée nettement au niveau du bord libre des piliers. Le moignon, qui présente une surface plane, est très rouge et notablement hypertrophié. Sa largeur, dans le sens antéro-postérieure, peut être estimée à deux centimètres, et sa hauteur à trois. Les allégations de la malade pouvant faire supposer qu'il renferme du pus, j'exerce sur la surface plane, en glissant de bas en haut, une pression assez forte avec un stylet, et vois ainsi souder par un petit pertuis, situé à la partie supérieure du pilier antérieur, et à trois millimètres environ de son bord libre, une goutte d'un liquide jaunâtre et paraissant franchement purulent.

Ce pertuis était tellement peu apparent, qu'il aurait échappé à mon examen, sans l'issue du pus provoquée comme je viens de le dire. Je parvins, néanmoins, à introduire un stylet mince et flexible par cette ouverture, et pus constater que je tombais ainsi dans une poche présentant à peu près un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur et deux dans le sens vertical. La fistule correspondait à la partie postérieure de cette poche. En explorant dans tous les sens, je ne rencontrai, du reste, aucun corps dur, ce qui pouvait faire rejeter l'existence d'un calcul enchatonné. Ces différentes manœuvres ayant déjà provoqué des douleurs très marquées et me trouvant suffisamment éclairé, je ne crus

pas utile de rechercher la fluctuation par le procédé de Stœk. Je proposai, de suite, une intervention active qui fut acceptée.

Après avoir badigeonné, à trois reprises, la surface du moignon et le pilier antérieur, avec une solution de chlorydrate de cocaïne (2/10), je pénétrai dans la cavité abcédée, par la petite ouverture, avec un galvano-cautère pointu et fin, que j'enfonçai à peu près d'un centimètre. Puis, faisant passer le courant, je pratiquai, en descendant avec lenteur, parallèlement au bord libre du pilier, une incision haute d'environ un centimètre et demi. Il s'écoula immédiatement par cette ouverture, un flot de pus, qui représentait au moins, le contenu d'un dé à coudre. La dame avait courageusement supporté cette petite manœuvre, assez douloureuse malgré la cocaïne, qui, on le comprend, ne pouvait ici se montrer très efficace. Séance tenante, je fis plusieurs cautérisations assez profondes sur le moignon, dans le but de le réduire. Comme soins consécutifs, je conseillai des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique et, pour rendre la déglutition moins douloureuse, un badigeonnage avant chaque repas, avec une solution de chlorydrate de cocaïne au 1/10.

Je revis la malade cinq jours après. La situation s'était déjà sensiblement améliorée; la déglutition était beaucoup moins pénible et la suppuration semblait arrêtée. Une nouvelle exploration avec le stylet permit de constater, d'une part, que la cavité de l'abcès avait diminué, et que, d'autre part, il n'existait décidément pas de calcul. Quelques cautérisations galvano-caustiques furent encore faites sur le moignon. Vingt jours plus tard, l'ouverture de l'abcès s'était complètement fermée, le moignon était moins volumineux et il n'existait plus aucune douleur. La malade put se croire guérie définitivement. Il n'en était rien cependant. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire après un mois et demi environ d'accalmie, les douleurs reparurent, et du pus sortit à nouveau dans la bouche, en moins grande quantité toutefois.

Le 28 décembre, l'examen me montre que la surface plane du moignon présente à peu près un centimètre de largeur

et un et demi de hauteur. Une petite fistule existe encore, sur le pilier antérieur, mais elle me paraît située un peu plus bas que la première. Malgré des pressions assez fortes, je ne parviens pas à faire sourdre du pus par cette ouverture. Le stylet indique, d'ailleurs, que la cavité amygdalienne est fort petite. Elle semble réduite à un simple trajet dirigé d'avant en arrière et long d'environ d'un centimètre.

Après plusieurs badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), j'introduis le galvano-cautère dans ce trajet, et fends complètement sa paroi interne, en y comprenant la portion correspondante du pilier antérieur. Par cette brèche, je m'assure avec le stylet qu'il n'existe pas d'autre diverticulum. Comme la première fois, le traitement consécutif consista en pulvérisations boriquées et en badigeonnages pratiqués, avant les repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10. Quinze jours après, la guérison était complète. Elle se maintient depuis quatre mois, et il y a lieu d'espérer qu'elle est définitive. Le moignon d'amygdale s'est d'ailleurs considérablement ratatiné.

Il aurait été, évidemment, très utile d'examiner le pus au microscope, pour se renseigner sur les microbes qu'il contenait et s'éclairer ainsi sur la nature de l'abcès. Peut-être, aurait-on trouvé quelques bacilles tuberculeux. Malheureusement, préoccupé surtout par l'acte opératoire, j'oubliai de recueillir du pus. Je dois dire toutefois, que Mme X... ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire et que sa santé est excellente.

OBSERVATION III

GAREL (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez*, janvier 1889).

Le Frère Az..., âgé de quarante-six ans, professeur à Saint-Amand (Cher), vient me consulter le 28 janvier 1885.

Ce malade est chauve depuis l'âge de trente ans. Il est dyspeptique ; il est, en outre, sujet aux hémorrhoides et à la constipation.

Le 7 décembre 1884, à trois heures du matin, le malade

se réveille brusquement, avec un mal de gorge intense. Le 10, on ouvre, au bistouri, un abcès de l'amygdale droite. Le 11, on donne encore deux coups de bistouri dans l'amygdale. Le 12, les douleurs sont encore plus vives dans la gorge et dans l'oreille droite; la respiration est très gênée; un nouveau coup de bistouri débride plus complètement le foyer et le pus sort en jet abondant. Les douleurs diminuent alors beaucoup, mais sans disparaître d'une façon définitive. Le 5 janvier 1885, les douleurs reparaissent; le malade crache toujours du pus fétide, mais en petite quantité. Depuis cette époque jusqu'au 28 janvier, jour où je le vois pour la première fois, l'affection reste stationnaire et les douleurs persistent.

Je pratique l'examen de la gorge avec le plus grand soin. Le voile du palais, à droite, est bombé, dur et résistant au doigt. L'amygdale est peu apparente et se confond en une seule massé, avec le pilier postérieur qui s'applique étroitement sur la paroi postérieure du pharynx. La partie tuméfiée est d'un rouge assez vif; elle obture, en grande partie, l'orifice nasal postérieur droit; elle est un peu dépressible au centre. Le côté gauche du voile est absolument normal.

Un examen minutieux de la région malade ne permet point de voir le point d'issue du liquide purulent, malgré des pressions exercées au centre du foyer. Il est probable qu'une petite ouverture doit exister en arrière du pilier postérieur. Le malade ne tousse pas, sa voix n'est pas altérée. L'expectoration est muqueuse, souvent mélangée de pus; elle se produit sans toux, par simple expectoration.

Je plonge immédiatement la pointe du galvano-cautère au centre de la tumeur, mais sans faire sourdre la moindre goutte de pus. Je prescris des badigeonnages antiseptiques et calmants.

Le 31 janvier, les symptômes persistent. Je plonge de nouveau une pointe de galvano-cautère sur le bourrelet pharyngien, puis sur le voile du palais, sans pouvoir pénétrer dans une cavité. Immédiatement le malade crache du pus mêlé de sang en plus grande abondance. Le soir même, le foyer paraît complètement vidé. Encore quelques douleurs le 1^{er} février, mais le jour suivant l'amélioration paraît

très importante. L'ouverture pratiquée dans l'amygdale est encore béante et laisse pénétrer un stylet dans la cavité; j'en profite pour toucher la surface du foyer avec de la teinture d'iode. La guérison est très rapide.

En 1886, je reçois des nouvelles du malade. Il n'y a pas eu de rechute.

OBSERVATION IV.

GAREL (idem).

Mme N..., vingt-huit ans, me prie de l'examiner vers la fin du mois de janvier 1885. Elle me déclare que, comme sa mère, elle présentait une hypertrophie considérable des amygdales. Elle subit dans son enfance l'amygdalotomie double. Malgré cette opération, elle ne fut pas à l'abri des poussées inflammatoires du côté des amygdales. Depuis l'âge de quatorze ans, en effet, elle a eu treize ou quatorze amygdalites suppurées, surtout du côté gauche. Dans le cours de janvier 1885, se déclare une amygdalite du côté droit qui s'abcède et s'ouvre spontanément sept jours après le début.

Mais, après l'issue du pus, la douleur persiste, le cou est très tuméfié, la dysphagie très intense. La douleur à la déglutition est profonde vers la partie inférieure de l'amygdale.

La nutrition est à peu près impossible; les aliments liquides passent avec la plus grande difficulté et la malade perd ses forces.

C'est à ce moment que jè suis appelé auprès de la malade, L'examen de la gorge est fort difficile; je me contente de prescrire une médication calmante aussi énergique que possible: cocaïne, morphine et iodoforme.

Je ne revois plus la malade jusqu'à la fin du mois de février.

Elle raconte alors que la douleur intense a duré trois semaines environ, et a diminué peu à peu; puis, spontanément, un jour, sans aucune intervention elle crache une certaine quantité de liquide sanguinolent foncé. A partir de ce moment, l'affection cesse et tout rentre dans l'ordre.

Fin février, l'amygdale droite a diminué de volume; elle

a un aspect végétant et présente une sorte d'anfractuosité profonde.

OBSERVATION V

GAREL (idem)

Le 21 septembre 1888, je reçois à ma consultation le frère O..., âgé de vingt-six ans, professeur à Lyon.

Le malade est atteint d'amygdalites fréquemment répétées, depuis fort longtemps. Il y a douze ans, il a eu deux amygdalites suppurées, qui ont été ouvertes au bistouri. En 1883, nouvel abcès à droite, qui nécessita une intervention chirurgicale; à dater de cette époque, l'amygdale reste hypertrophiée.

Les amygdalites semblent disparaître jusqu'en 1888. Cette année, le 20 août, à la suite d'un refroidissement, une amygdalite gauche se déclare. Le médecin l'ouvre au bistouri le septième jour. Le soulagement fut immédiat; mais, depuis trois semaines, l'abcès n'est pas encore complètement tari. Sur le pilier antérieur gauche, à quelques millimètres de son bord libre, il existe un petit pertuis par lequel le pus sort à l'état constant. Le malade, d'ailleurs, continuellement la sensation du pus qui lui coule dans la bouche.

En pressant sur le pilier de bas en haut, on fait sortir du pus avec facilité. Après un badigeonnage à la cocaïne, je plonge dans l'orifice une pointe de galvano cautère recourbée à angle droit.

La pointe de platine pénètre de haut en bas dans un trajet fistuleux dans l'épaisseur du pilier antérieur sur une longueur d'un centimètre environ. Je fais passer le courant et brûle le trajet fistuleux dans toute sa longueur. Depuis cette dernière amygdalite, l'amygdale gauche est devenue considérable. Les deux amygdales se sont donc successivement hypertrophiées, chacune après une amygdalite aiguë. Elles sont, l'une et l'autre, fort anfractueuses à la surface.

Le 26 septembre, le trajet fistuleux laisse encore pénétrer le cautère pour une deuxième cautérisation, mais le pus ne sort plus qu'en quantité insignifiante. Du 6 au 30 octobre,

je fais encore trois cautérisations du trajet fistuleux au galvano-cautère. La suppuration n'existe plus.

Depuis mon premier examen du malade, j'ai tenté la réduction de ses deux amygdales, soit au galvano-cautère, soit, pour aller plus vite, à l'anse galvano-caustique. Elles sont actuellement très réduites et ne réclament plus que quelques cautérisations.

OBSERVATION VI.

ABCÈS CHRONIQUE DE L'AMYGDALE DROITE SIMULANT UN FIBROME

(Dr NATIER, chef de la clinique laryngologique et otologique du
Dr Moure *Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889).

C... (Théophile), âgé de vingt-neuf ans, mécanicien, demeurant à Bordeaux.

C'est un jeune homme dont les parents sont vivants et en bonne santé et qui s'est toujours lui-même bien porté, à l'exception d'un point de côté ressenti il y a deux ans environ, pour la première fois et qui depuis n'a jamais complètement disparu. Il prétend, notamment, n'avoir jamais souffert soit des oreilles, soit de la gorge, dans sa jeunesse.

Au commencement du mois de mars 1888, il vint à la clinique consulter pour une douleur assez vive, disait-il, qu'il éprouvait à la gorge. L'examen n'ayant révélé qu'un simple catarrhe naso-pharyngien, on institua une prescription en conséquence et on passa outre. Mais, il y a un mois et demi, le malade, à l'aide d'une glace, regarda lui-même dans sa gorge, y put constater sur l'amygdale droite l'existence d'un point blanchâtre ayant environ la grosseur d'une petite cerise, très saillant et fortement tendu. Interrogé, il répond n'avoir jamais souffert de ce côté et dit que cette tumeur est apparue à son insu.

La tumeur, au toucher, est indolore et de consistance assez dure. Le malade n'ayant attiré l'attention sur elle qu'à titre de curiosité, on ne s'en occupa pas autrement et on porta le diagnostic de fibrome de l'amygdale droite, sans instituer du reste de traitement.

3 mai. — Le malade se plaint de souffrir vivement, depuis quatre jours du côté droit de la gorge et la douleur est même si intense que, depuis deux jours, il ne peut manger que de la soupe. Quand on touche le point où est située la tumeur, on provoque de la douleur qui ne semble se manifester que par l'attouchement. Elle est pongitive et également déterminée par la déglutition à vide. Elle ne donne lieu à aucun phénomène d'irradiation dans l'oreille ou dans l'œil du même côté.

Examinant la tumeur, on constate qu'elle est devenue rougeâtre à sa partie la plus déclive et qu'elle fait toujours la même saillie. En présence des phénomènes douloureux accusés par le malade et dans l'espoir d'apporter quelque soulagement à la tension qu'il éprouve, M. Moure se décide à la toucher avec le galvano-cautère. Mais à peine le couteau est-il enfoncé qu'il se produit immédiatement un écoulement de pus épais, grisâtre et louable.

Le premier diagnostic était du même coup rectifié; il était évident que l'on avait eu affaire à un abcès chronique de l'amygdale. La poche s'affaissa complètement et, à la visite suivante, on remarquait à peine un point de cicatrisation.

OBSERVATION VII

ABCÈS BUTYREUX ENKYSTÉ DE L'AMYGDALÉ DROITE.

(Communiquée par M. MOURE (Thèse de Babuel-Peyrissac)

X..., âgé de dix-huit ans, vient me consulter en mai 1891, se plaignant d'un mal de gorge qu'il éprouve d'une manière à peu près constante, surtout pendant les mouvements de déglutition à vide. Il accuse un point douloureux ou plutôt une sensation de gêne dans le côté droit de l'isthme du gosier. Il ne souffre pas en avalant des aliments solides; il n'éprouve qu'une douleur vague localisée dans la région sous-maxillaire droite. Ce malade est sujet à des poussées angineuses aiguës. Divers traitements ont été faits depuis deux ans, mais toujours sans résultat.

A l'examen, le côté gauche de l'arrière gorge est normal sauf une exagération des cryptes amygdaliennes, qui ne

contiennent pas de sécrétion appréciable. Le côté droit présente une tuméfaction limitée du lobe moyen de l'amygdale. Cette saillie a le volume d'une noisette; son grand axe est dirigé de haut en bas; sa surface est lisse, homogène, d'aspect jaunâtre. Il paraît s'agir d'une poche gonflée par un liquide épais. Le toucher montre à la surface de cette production une rénitence particulière sans fluctuation appréciable. La poche semble être très tendue. Pas de douleurs à la palpation.

Après cocainisation de la muqueuse, à l'aide d'un porte-ouate imbibé d'une solution au 1/10, j'incise au couteau galvanique sans voir sourdre du pus. Je prolonge l'incision et ce n'est qu'en écartant les lèvres que je vois s'échapper un produit brun, très dense, sirupeux, ressemblant tout à fait à la matière d'un kyste sébacé. En exprimant la poche, le contenu s'élimine sous la forme d'un tube effilé qui vient tomber sur la base de la langue. Je finis par vider complètement la poche qui est badigeonnée avec la solution iodo-phéniquée:

Acide phénique	0,50 centigrammes.
Iode métallique.	0,15 »
Iodure de potassium : . .	0,20 »
Glycérine pure	0,45 grammes.

Gargarisme émollient.

Le lendemain, amélioration marquée. Le traitement a surtout consisté dans la galvano-cautérisation du foyer. Au bout de quinze jours, il n'existait plus trace d'abcès.

OBSERVATION VIII.

(BABUEL-PEYRISSAC)

ABCÈS ENKYSTÉ DE L'AMYGDALE GAUCHE.

M. X..., âgé de quarante-cinq ans, a eu de fréquents maux de gorge qu'il met sur le compte de la fumée du tabac; il abuse en effet de la cigarette. Il vient à la clinique où il se plaint d'un affaiblissement de l'ouïe et de bourdonnements d'oreilles (bruit de mer, de coquillage). Il est, en effet, affecté

d'une otite moyenne chronique à forme sèche et adhésive. Les trompes sont partiellement obstruées, leur calibre est étroit, l'air passe avec difficulté et seulement au cours de la déglutition,

Du côté des fosses nasales, la muqueuse est congestionnée et tuméfiée, surtout au niveau du cornet inférieur. Congestion générale de la muqueuse pharyngienne; les piliers sont rouges, saillants, et les amygdales, sans être trop volumineuses, sont néanmoins épaissies.

A ce premier examen qui, a lieu en 1882, on ne constate pas d'autres lésions. Le malade éprouve à la suite d'un traitement approprié une certaine amélioration du côté des oreilles et de la gorge. Il est perdu de vue jusqu'en 1885.

A cette époque, il se présente à nouveau, se plaignant toujours de sa gorge; de temps à autre, à la suite d'efforts violents, il rejette un peu de pus par expectoration. Un gargarisme émollient l'améliore pendant quinze jours; puis les mêmes symptômes reparaissent et l'inquiètent au plus haut point.

L'examen montre, outre les différentes lésions signalées plus haut, vers la partie inférieure de l'amygdale gauche, tout près de la base de la langue, une tumeur jaunâtre, du volume d'un petit grain de raisin, à paroi lustrée et uniforme, que l'on considère comme une poche remplie de pus et dont on pratique l'ouverture. Après cocaïnisation et incision au galvano-cautère, on vide la poche qui contient du pus concrété. Ecouvillonnage au chlorure de zinc au 1/15; gargarisme émollient. Trois jours après, attouchement iodé.

Le malade a été, depuis lors, revu plusieurs fois; il n'a plus qu'un peu d'hypérémie de l'arrière-gorge, mais sans manifestations morbides. Il se considère comme guéri.

OBSERVATION IX

(BABUEL-PEYRISSAC)

ABCÈS ENKYSTÉ DE L'AMYGDALE DROITE.

Mme X..., âgée de trente ans, vient à la consultation parce qu'elle éprouve des sensations de gêne dans l'arrière-

gorge, sans localisation précise. Elle se présente le 5 juillet 1893; sans avoir eu des amygdalites répétées, elle accuse néanmoins quelques accidents inflammatoires, à diverses reprises, de ce côté. Elle a une excellente santé générale et, au moment de l'examen, elle ne présente nullement l'aspect d'une personne atteinte d'une affection aiguë; elle ne souffre pas, n'a pas de mouvement fébriles, de sueurs abondantes, de diarrhée.

A l'inspection de la gorge, on voit une saillie d'un rose jaunâtre, du volume d'un grain de grœseille au sommet de l'amygdale droite. Les autres méthodes d'exploration, qui révèlent une rénitence et une tension particulière de la poche, montrent qu'il s'agit d'un abcès.

L'incision en a été pratiquée dernièrement et a mis au jour une matière pâteuse, gris jaunâtre, de tous points semblable à la matière sébacée. Cette opération a été suivie immédiatement d'un écouvillonnage de la poche et cautérisation à l'aide d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. Quelques jours après, on pouvait constater la fermeture complète de l'abcès, et la guérison intégrale de la malade.

OBSERVATION X (BABUEL-PEYRISSAC).

ABCÈS CHRONIQUE ET ENKYSTÉ DE L'AMYGDALE. — RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES.

B... Edouard, âgé de quinze ans, écolier, habitant 47, rue des Menuts, Bordeaux, se présente à la clinique du docteur Moure, le 5 juin, pour un mal de gorge.

Antécédents héréditaires. — Bons. Pas de signes de scrofule ni de tuberculose chez ses ascendants et collatéraux.

Antécédents personnels. — Variole, à l'âge de trois ans, rougeole à cinq ans. Le sujet ne présente aucun signe de scrofule ni de tuberculose.

L'enfant prétend avoir eu, à plusieurs reprises, dans son jeune âge, des maux de gorge légers, et ajoute que sa voix a toujours été comme aujourd'hui, d'un timbre nasonné.

Il y a deux ans environ, il s'aperçut de l'apparition gra-

duelle d'une sorte de gêne au fond de la gorge, vers la région sous-amygdalienne droite; il ne se produisit aucun phénomène du côté de la respiration; la déglutition seule était un peu pénible; quelque temps après, un mois et demi environ, l'enfant commença à ressentir de temps à autre une légère douleur qui augmentait pendant l'acte de la déglutition. Cet état ne se modifia guère durant toute l'année.

Un matin, l'enfant, qui avait passé la plus grande partie de la soirée à s'amuser sur des chevaux de bois, se réveilla en proie à un violent mal de tête accompagné de fièvre et de frissons. Il éprouvait, du côté droit de la gorge, des douleurs assez fortes et une gêne bien plus grande qu'à l'ordinaire, à la déglutition. Il n'eut pas de vertiges, pas de nausées, aucun symptôme du côté des voies digestives ni respiratoires, pas d'expectoration, mais une salivation très abondante; le nasonnement de sa voix était considérable. Le médecin qui fut appelé constata, avec la fièvre, de la rougeur et de la tuméfaction de l'amygdale droite, ainsi que la présence d'un « bouton blanc » à la surface de cette glande. Le médecin ordonna le repos et un gargarisme; dans la même journée, un soulagement notable se produisit; la fièvre tomba dès le lendemain; mais la gêne et la douleur, quoique ayant perdu leur intensité des premiers jours, ne disparurent pas entièrement; la douleur cependant diminua peu à peu; mais le « bouton » ne s'effaça point. Devant sa persistance, le père se décida à amener son fils à la clinique des maladies du larynx.

Examen local. — On voyait sur le lobe moyen de l'amygdale droite, une énorme tumeur de la grosseur d'une aveline, à surface lisse, unie, d'une coloration jaunâtre, parcourue à sa surface par un tout petit vaisseau très délicat, faisant saillie hors de la loge amygdalienne. Tout le pourtour de l'amygdale est absolument sain, et le reste de l'amygdale est plutôt atrophié qu'hypertrophié. L'amygdale gauche et les piliers du voile du palais sont normaux. Pas de douleur à la pression. Au toucher, on sent une tumeur dure, quoique rénitente. M. Moure propose une incision qui est acceptée et pratiquée sur le champ. Après avoir nettoyé antiseptiquement la surface de la tumeur, l'opérateur fait une incision

verticale d'une longueur d'un centimètre, à l'aide du couteau galvanique. L'ouverture de la plaie donne aussitôt issue à du pus jaune, crémeux, dont on peut évaluer la quantité à la grosseur d'un demi dé à coudre ; M. Moure a la précaution d'aspirer directement dans la loge purulente deux ou trois pipettes du liquide, qui servira plus tard à l'examen bactériologique et histologique.

A l'aide d'un stylet, on parcourt toute la surface intérieure de la paroi qui reste bien limitée dans l'organe glandulaire. On procède à l'écouvillonnage de la poche ; on la cautérise à l'aide d'une solution iodée et on prescrit un gargarisme émollient.

A la clinique suivante, le malade revient ; la poche est complètement fermée et n'a pas donné lieu à la moindre suppuration. Le malade est considéré comme guéri.

Etat actuel (16 juillet 1893). — On ne trouve aujourd'hui à la place de la tonsille qu'un petit moignon d'amygdale de la grosseur d'une demi-fêve, rose pâle, caché entre les piliers du voile, et adhérent, par son bord antérieur, au pilier correspondant. Sa portion supérieure laisse en haut, dans l'angle formé par l'intersection des piliers, une loge de huit millimètres environ de diamètre et d'une profondeur d'un centimètre, vide, sans concrétions. La trace de l'incision ne paraît pas.

Le pus recueilli dans des pipettes stérilisées a servi à desensemencements au laboratoire de la clinique.

Examiné par dissociation, il contenait des granulations graisseuses et de nombreux cristaux de cholestérine. Sur lamelles, après coloration par le bleu de méthylène, par la méthode de Gram, il montrait çà et là des microcoques en amas.

Semé en stries, le 5 juin, sur de larges tubes d'agar, il donnait, le soir même, à 37°, de petites colonies plates d'un blanc grisâtre très terne, rondes, isolées, qui ont été transportées dans du lait, sur gélatine, en bouillon. Le lait s'est coagulé au bout de vingt-quatre heures en une masse dense, caséuse, tout à fait semblable à la matière butyreuse d'où provenait la semence.

Sur gélatine, huit heures après le semis, canal de liquéfaction qui augmente progressivement.

Dans le bouillon, trouble rapide. Tous ces milieux exhalent l'odeur du pus caséux lui-même.

Sur agar, la culture se présente comme un enduit de la couleur du milieu, lisse, uniforme, couvrant toute la gélose en vingt-quatre heures, à 37°.

L'examen révèle dans ces cultures, à l'état de pureté, un microcoque agminé à la façon des staphylocoques. Les cultures dans le lait présentent, à la date du 20 juillet, de nombreux cristaux aciculés d'acides gras.

En résumé, ce pus contenait un staphylocoque qui est, selon toute probabilité, le *staphylococcus pyrogenes albus*.

OBSERVATION XI

ABCÈS CHRONIQUE, FORME FISTULEUSE

GOUGUENHEIM et RIPAULT : *Annales de Gouguenheim*, septembre 1894.

M. Dubois, 37 ans. Fistule et trajet fistuleux du voile à gauche ; trajet de 2 centimètres de longueur environ, sans rapport apparent avec l'amygdale ; abcès de la gorge un mois auparavant.

OBSERVATION XII

FISTULE DU VOILE

(RIPAULT : *Annales des maladies de l'oreille*, mars 1894.)

(Observation résumée.)

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, sujet à de fréquents maux de gorge et qui crachait du pus. On trouve, au voisinage de la base de la luette, mais un peu à gauche, un orifice fistuleux de petite dimension ; l'amygdale gauche est assez volumineuse et adhérente au pilier antérieur ; en comprimant légèrement l'amygdale, on fait sourdre du pus par la fossette sus-amygdalienne et par l'orifice fistuleux du voile. Le malade fut guéri par ablation de l'amygdale par morcellement,

par débridement de la fistule au galvano-cautère et cautérisation au chlorure de zinc.

OBSERVATION XIII

ABCÈS CHRONIQUE DU VOILE.

(CARTAZ : *Arch. intern. de lar. et rhin.*, mai-juin 1897.)

Homme de 30 ans, fumeur modéré, d'une bonne santé; sujet aux maux de gorge dans son enfance; n'en a plus eu pendant une dizaine d'années, lorsqu'il y a 18 mois, coup sur coup, à deux mois d'intervalle, deux abcès de l'amygdale gauche, l'un ouvert spontanément, l'autre incisé par le médecin. Depuis ce moment il a, par instants, un peu de gêne dans la gorge en avalant la salive. Ce n'est pas une douleur, mais une sensation plutôt incommode que désagréable. Ces troubles se sont accentués depuis deux ou trois semaines sans cause appréciable et sans douleur plus marquée qu'auparavant.

A l'examen on trouve l'amygdale gauche légèrement saillante entre les piliers sans hypertrophie notable. Dans une cavité de l'amygdale, crypte peu profonde, se trouve un petit fragment caséux; pas d'adhérences de l'amygdale aux piliers. Au niveau de la fossette sus-amygdalienne, à la partie supérieure et au point d'union des deux piliers antérieur et postérieur, légère rougeur; la pression sur ce point fait sourdre une goutte de pus; en portant un fin stylet à ce niveau, je pénètre dans un petit diverticule d'un demi-centimètre de profondeur allant de dehors en dedans vers la base de la luette et j'en ramène avec le stylet un fragment caséux comme celui sorti des cryptes de l'amygdale.

Il était vraisemblable que les troubles accusés par le malade tenaient plus à ce point de suppuration du voile, qu'à l'amygdale elle-même. Je proposai de fendre ce trajet fistuleux et de le cautériser, ce qui fut fait; après anesthésie à la cocaïne je glissai une pointe de galvano-cautère, fendis le pertuis dans sa longueur, produisant ainsi une sorte de prolongation de la division du voile en deux piliers; je cautérisai les parois de cette petite poche avec la teinture d'iode.

Le suites furent simples, la guérison rapide. Les troubles avaient complètement disparu au bout de quelques jours et le malade refusa la discision que je proposai de faire sur l'amygdale elle-même.

Il n'existait rien du côté de l'amygdale droite.

OBSERVATION XIV

ABCÈS CHRONIQUE DU VOILE.

(CARTAZ : idem.)

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans qui avait eu de fréquentes angines sans véritable suppuration; elle n'a jamais eu à faire inciser d'abcès. Elle éprouve les mêmes troubles que le malade précédent : sorte de gêne légère, peu douloureuse, très prononcée, dit-elle, du côté droit, le côté malade. Il y a un an, elle a eu les amygdales, qui étaient fort hypertrophiées des deux côtés, détruites par le cautère. A la fin du traitement, il est survenu une inflammation assez vive du côté droit et c'est depuis ce moment qu'elle éprouve cette sensation désagréable, tout à fait différente de celle que lui donnaient autrefois ses grosses amygdales. De temps en temps elle crache comme du pus. Cette jeune femme est d'une bonne santé et, en dehors des angines causées par l'hypertrophie des amygdales, n'a jamais eu de maladie sérieuse ou d'atteinte grave de la santé. En examinant la gorge on trouve les amygdales absolument réduites. Du côté droit, il persiste à la partie supérieure un lobule peu volumineux, mais ne faisant pas saillie dans l'isthme du gosier, remontant plutôt dans le haut de façon à remplir la loge sus-amygdalienne. Il y a à ce niveau un point adhérent au pilier postérieur.

Le stylet ne fait découvrir aucune anfractuosité, aucune cavité et glisse au-dessous de cette adhérence peu épaisse. Au niveau de l'union des piliers, léger gonflement à peine rouge, mais la pression sur ce point fait sourdre une gouttelette de pus. Un stylet pénètre, en effet, à ce niveau, par une ouverture fistuleuse qu'on ne peut voir au premier abord, dans une petite cavité se dirigeant en-dedans vers la base de la luette. Il est difficile de limiter bien exactement cette poche, qui

semble simplement sous-muqueuse. La malade est, du reste, assez indocile et trouve cette exploration douloureuse.

Je proposai l'incision de cette fistule et la libération de l'adhérence amygdalienne, la malade refusa toute intervention.

OBSERVATION XV

(D^r GAREL)

(Communication de HUGUES, *Soc. franc. d'ot., laryng. et de rhin.*, Congrès 1897).

M. P..., vingt-trois ans, a été sujet pendant son enfance, aux maux de gorge et, plus récemment, en 1892, a eu une esquinance. Il y a six mois, c'est-à-dire en décembre 1894, il eut une amygdalite qui s'est abcédée; cependant le malade a continué à souffrir et on constate actuellement une tuméfaction de l'amygdale droite qui paraît rouge et qui est la cause de cette dysphagie prolongée; en touchant, avec le doigt, on perçoit assez nettement, en arrière et sur toute la hauteur, un peu de fluctuation; les piliers et la luette ne présentent rien d'anormal; le malade est sans fièvre et l'engorgement ganglionnaire est presque nul.

Le foyer est ouvert au galvanocautère en-arrière sur toute la hauteur et le pus s'échappe assez lié et strié de sang. Après l'évacuation, on pénètre avec un porte-coton imbibé de teinture d'iode dans la poche, et on fait le lendemain un nouvel attouchement; la réparation se fait vite et le malade, qu'on a pu revoir en 1896 et en 1897, n'a pas eu de récurrence et ne présente plus aucune trace d'inflammation; il n'existait plus que de la pharyngite granuleuse et du coryza.

OBSERVATION XVI

(Idem.)

Mme S..., trente-cinq ans, a eu souvent des amygdalites dans sa jeunesse. Il y a trois ans, après avoir souffert quelque temps en avalant, il s'est formé dans son amygdale droite un abcès qui a suppuré et, depuis cette époque, la

suppuration n'a pas cessé ; elle fait sortir elle-même frémueusement le pus en pressant sur son amygdale de bas en haut ; le pus s'écoule par un petit trajet fistuleux dont l'orifice se présente à la partie supérieure du pilier antérieur droit. Au dire de la malade, la suppuration serait quotidienne depuis trois mois ; il existe de gros ganglions cervicaux. Lorsqu'on introduit un stylet par cet orifice apparent, on voit qu'il aboutit, en suivant le trajet, à la partie supérieure de la loge amygdalienne. L'amygdale a contracté des adhérences avec le pilier antérieur qui est induré.

Le 1^{er} juin, on pénètre avec le galvanocautère dans le trajet fistuleux et on cautérise aussi profondément sur la face postérieure de l'amygdale.

Le 29 juin, on fait une deuxième cautérisation ; la suppuration persiste encore un peu ; on a fait un badigeonnage avec une solution de cocaïne qui a déterminé des vomissements.

Le 15 juillet, la fistule persiste encore, la douleur a disparu et il n'y a plus de suppuration ; le volume des ganglions est réduit de moitié.

En septembre de la même année, la malade a eu une récurrence, la douleur et la suppuration sont revenues ; depuis trois semaines le trajet fistuleux s'est réformé et on voit sourdre du pus. Nouvelle cautérisation.

En janvier 1897, la malade revient avec plusieurs trajets fistuleux. L'amygdale paraît diminuée de moitié sans toutefois être complètement réduite ; il y a encore de l'induration ; le moignon amygdalien présente de telles adhérences avec le pilier qu'il est impossible de faire l'ablation de l'amygdale à l'anse galvanique.

OBSERVATION XVII

(Idem.)

M. G..., cinquante-huit ans, éprouve de la douleur en avalant depuis environ trois semaines ; il n'y a pas eu d'amygdalite vers cette époque. En examinant sa gorge, on constate que les amygdales ne sont pas hypertrophiées, mais on voit sur l'amygdale droite un petit point de suppuration localisée, ressemblant à un abcès enkysté de petit

volume. Le malade n'a eu aucun phénomène de réaction générale; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés.

On ouvre au galvano-cautère; il sort une très petite quantité de pus épais; on touche ensuite avec de la teinture d'iode.

OBSERVATION XVIII

(Idem.)

Mme X... se présente le 12 novembre 1895; elle se plaint depuis six semaines et, par intermittence, de douleurs au niveau des amygdales. Interrogée sur son passé, elle dit avoir eu de fréquentes amygdalites depuis trois années.

A l'examen, l'amygdale gauche paraît normale; la droite, au contraire, est très volumineuse et présente une fluctuation incomplète sur la partie saillante antérieure; lorsqu'on presse avec un stylet, on fait sourdre une goutte de pus par un petit pertuis situé sur la partie antérieure et moyenne de l'amygdale.

On pénètre avec le galvano cautère dans le pertuis et on ouvre largement, sans obtenir l'évacuation de l'abcès que probablement on n'a pas atteint.

La malade continue à souffrir pendant trois jours. Au bout de ce temps, issue de sang et de pus qui se fait spontanément.

La malade est revue, en 1897, pour de nouvelles poussées d'amygdalite, mais l'abcès ne s'est plus reformé.

OBSERVATION XIX

FISTULE DU VOILE.

(LERMOYER : Congrès de la Soc. franç. d'ot., de laring. et de rhin., mai 1897.)

Il s'agit d'un homme qui, depuis 8 ans, sentait de temps en temps crever dans sa bouche comme une bulle d'une odeur repoussante. Il avait été traité pour une dyspepsie flatulente et envoyé aux eaux. Je ne découvris d'abord rien

et j'allais me ranger au précédent diagnostic, lorsque, par hasard, à la suite d'un faux mouvement du malade, mon stylet pénètre dans un petit abcès du voile, ou plutôt dans un petit diverticulum comme on en trouve dans la région sus et pré-amygdalienne.

OBSERVATION XX

ABCÈS CHRONIQUE DU VOILE DU PALAIS.

(Georges LAURENS : Société française d'otologie, rhinologie et laryngologie, session de mai 1898.)

Il s'agit d'un homme de 48 ans, qui n'a aucun passé pathologique. L'état général est bon ; jamais d'angine ni de phlegmon amygdalien. Tous les sept ou huit mois environ, il sent brusquement une odeur très fétide dans la bouche, une sorte de bulle qui crève au fond de la gorge et crache cinq à six fois par jour des matières pultacées d'odeur repoussante, de coloration blanc jaunâtre. Les phénomènes disparaissent spontanément au bout de 48 heures.

A l'examen, on constate que l'amygdale gauche est normale ; la droite est intimement soudée au pilier antérieur. Un crochet coudé, introduit dans la fossette sus-amygdalienne, pénètre dans deux recessus, l'un supérieur se prolongeant dans l'épaisseur du voile, l'autre antérieur entre l'amygdale et le pilier. Le porte-coton ramène de ces deux fistules du pus à odeur fétide. La pression fait sourdre du pus au niveau de la loge sus-amygdalienne.

OBSERVATION XXI

ABCÈS ENKYSTÉ CHRONIQUE DE L'AMYGDALE DROITE SANS FISTULE.

— OUVERTURE ET DESTRUCTION AU GALVANOCAUTÈRE.

(M. SARGNON, *Lyon Médical*, 3 juillet 1898.)

M. . . , infirmier, 25 ans.

Sa mère est morte probablement tuberculeuse, son père est bien portant, un frère et une sœur en bonne santé.

Nous ne trouvons pas, dans ses antécédents personnels, de

maladie grave. Il n'a pas eu de grosses amygdales dans son enfance. Pas de syphilis. Il y a trois ans, étant au régiment, il eut une angine subaiguë pendant une durée de dix jours, elle fut traitée par des insufflations de poudre de tannin. La lésion était uniquement localisée à l'amygdale droite ; après cette angine, il eut de l'adénopathie sous-maxillaire bilatérale, peu douloureuse. La dysphagie a été légère ; quelques accès de toux provoquant du larmolement. Pas de rancité de la voix, pas de fièvre. En somme, il a eu, à ce moment, une angine subaiguë, surtout localisée à l'amygdale droite, sans réaction fébrile, mais provoquant quelques phénomènes réflexes, toux, larmolement.

Depuis lors l'amygdale n'a pas diminué de volume ; mais une à deux fois par an, le malade prend une légère poussée inflammatoire sans dysphagie notable, sans fièvre, qui lui dure deux à trois jours. A aucun moment, le malade n'a craché du pus.

27 janvier 1897. — Nous examinons le malade à la consultation gratuite de M. Garel et constatons une hypertrophie considérable de l'amygdale droite qui présente des caractères très spéciaux. L'amygdale est lisse, tendue, sans points mamelonés avec disparition des cryptes. Quelques vaisseaux courent à sa surface ; elle est de coloration plutôt pâle et, au toucher unidigital, la consistance est dure, tendue. Le toucher avec l'abaisse-langue et le doigt ne sont pas douloureux. Il existe une légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale, indolore. En somme, il s'agit d'une hypertrophie amygdalienne ressemblant à une amygdale kystique, mais nous ne songions pas à une production purulente.

Avec le galvanocautère, nous fendons l'amygdale de haut en bas ; il sort un cuillerée à café de pus bien lié, non fétide. N'ayant malheureusement pas du tube stérilisé sous la main, nous n'avons pu faire l'examen bactériologique du pus.

Nous conseillons au malade des gargarismes fréquents et, trois jours après, nous pratiquons une nouvelle cautérisation ; le malade va bien ; il a peu souffert.

4 février. — Le volume de l'amygdale a diminué de moitié. La paroi de l'abcès commence à bourgeonner.

9 février. — Nouvelle cautérisation, avec ablation de parcelles amygdaliennes à l'anse galvanique.

Depuis lors le malade va bien ; il n'a pas eu besoin de nouvelles séances de cautérisation. Par un dernier examen pratiqué un an après l'intervention, nous constatons que l'amygdale droite est atrophiée, la gauche est normale. Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XXII.

Inédite de M. GAREL.

AMYGDALITE AIGUE SUPPURÉE. — OUVERTURE SPONTANÉE PROBABLEMENT MULTIPLE. — PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES AIGUS PROVOQUÉS PAR LA PERSISTANCE DES FISTULES. — DESTRUCTION AU GALVANO. — GUÉRISON DES FISTULES. — PERSISTANCE D'UNE DYSPHAGIE LÉGÈRE, GRANULATIONS PHARYNGEES. — NERVOSISME.

Sœur V.... La malade ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort de vieillesse à 80 ans. Sa mère a succombé à 52 ans à une affection abdominale de nature inconnue. Elle n'a jamais eu ni frère ni sœur.

Soigneusement examinée au point de vue de ses antécédents personnels, la malade répond qu'elle n'a jamais fait de maladie grave dans le jeune âge. Elle n'a pas eu d'adénite ni de lésion oculaire ou auriculaire. Jamais d'angine ni *aucun signe d'adenoïdisme*. Jamais elle n'a eu de bronchite sérieuse.

Pour la première fois, à l'âge de 50 ans, elle contracte une maladie grave ; à la suite d'une frayeur, elle prend des vomissements bilieux avec douleurs abdominales prédominant au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements de sang, pas de douleur en broche, les phénomènes aigus durent huit jours ; il y aurait eu de la fièvre, la constipation est opiniâtre. On institue comme traitement le repos et des piqûres de morphine. La malade s'alite pendant 18 jours et la convalescence dure trois semaines.

Pendant les trois ou quatre ans qui suivent, la malade

reprend souvent ses malaises, un peu atténués. Elle vomit de la bile et souffre dans le creux épigastrique pendant une huitaine de jours. Ainsi, à ce moment, l'amaigrissement est notable. En somme, il s'agit probablement de crises de colique hépatique chez une femme qui présente des signes manifestes de nervosisme.

En octobre dernier, à la suite d'un refroidissement, elle contracte une angine aiguë qui la tient au lit pendant quinze jours. C'est une amygdalite suppurée du côté droit avec fièvre intense, impossibilité d'avaler les dix premiers jours, trismus accentué et gonflement énorme de la région. Le dixième jour l'abcès s'ouvre spontanément. La malade crache un peu de pus mêlé à beaucoup de sang. Le soulagement est immédiat, les phénomènes s'atténuent rapidement. Pourtant la douleur n'a jamais cessé complètement depuis cette angine. La malade éprouve un peu de dysphagie lors de la déglutition, mais, fait curieux, la douleur survient surtout quand la malade est obligée de parler longtemps. Elle ne peut pas faire son cours plus d'un quart d'heure de suite sans être obligée de s'arrêter. A ce moment, elle souffre dans la gorge, éprouve une sensation d'étranglement. Il suffit de sucer des pastilles de cocaïne pour faire passer ces phénomènes.

En novembre dernier, la dysphagie augmente brusquement sans fièvre, sans tuméfaction sous-maxillaire, la langue est saburrale; la malade va trouver M. le Dr Garel, qui constate une amygdalite du côté droit avec quelques points d'où s'écoule du pus. Il pense à une lésion purulente chronique de l'amygdale avec poussées aiguës récentes. L'abcès amygdalien primitif a dû s'ouvrir en plusieurs points, les fistules ont persisté, causant ainsi de la douleur presque continuelle et, depuis quelques jours, il s'est produit au niveau de ces fistules, une nouvelle poussée inflammatoire probablement par rétention purulente. Comme traitement il fait une cautérisation énergique des points purulents. La malade souffre pendant les dix jours suivants beaucoup plus qu'avant la cautérisation. La dysphagie est assez intense, puis les phénomènes aigus s'améliorent, la dysphagie est légère, mais, comme auparavant, les douleurs se montrent

surtout après des efforts prolongés de phonation. La malade ne peut parler plus d'un quart d'heure de suite ; quinze jours après la malade reprend une nouvelle poussée aiguë. M. Garel lui fait de nouveau de la cautérisation au galvano-cautère, qui est suivie d'un soulagement immédiat. Quinze jours après, la dysphagie reparaît comme précédemment. Depuis lors, la malade souffre un peu pour avaler, mais c'est surtout après avoir parlé un moment qu'elle souffre. A l'examen local, on constate que l'amygdale gauche est normale et ne fait pas saillie dans la cavité buccale. Du côté droit, l'amygdale présente une surface un peu irrégulière, à cause des cautérisations qui l'ont déchiquetée, mais son volume est normal, et nulle part nous ne trouvons de point purulent. Il n'existe pas de gonflement au niveau de la région amygdalienne. Sur la paroi postérieure du pharynx on constate de grosses granulations en nombre assez considérable.

L'état général est bon, l'appétit conservé, mais la malade a toujours soif. Elle est très nerveuse ; elle n'a jamais pris de crises, mais présente un tremblement accentué des paupières.

OBSERVATION XXIII

FISTULE CHRONIQUE DE LA FOSSETTE ANTE-AMYGDALIENNE :
CAUTÉRISATION AU GALVANO.

Observation inédite de M. le Dr RIVIÈRE.

M. X..., clerc de notaire, 23 ans, se plaint, depuis son séjour à Lyon (il date de 8 ans), d'obstruction, de sécheresse nasale et de fréquents maux de gorge. Ces symptômes suivent une marche progressive ; l'audition est bonne, pas de suppuration nasale, pas de coryza, pas de toux. Aucun signe de scrofule dans l'enfance ; nervosisme accentué, par défaut d'exercice ; pas de tabagisme ni d'alcoolisme. La voix est nasonnée ; il existe parfois de l'enrouement. M. Rivière constate un peu d'hypertrophie des cornets ; la luette est grosse ; les amygdales volumineuses ; en attirant en avant le pilier

antérieur du côté gauche et en pressant sur l'amygdale, on voit sourdre un peu de pus dans la fossette ante-amygdaliennne; c'est du pus vrai et non du magma provenant des cryptes. Pas de collection amygdaliennne. L'amygdale linguale est un peu hypertrophiée. Cautérisation du trajet au galvano; malheureusement le malade a été perdu de vue.

ETIOLOGIE

Les amygdalites et les péri-amygdalites aiguës suppurées sont extrêmement fréquentes, les formes chroniques, au contraire, d'une rareté extrême, sans que l'on sache d'une façon précise pourquoi tel organisme, à la suite et parfois même sans poussées inflammatoires aiguës préalables, fera de la suppuration chronique de cette région.

Nous avons à considérer ici deux sortes de causes, des causes prédisposantes, et enfin la cause vraie : *l'Infection*.

Parmi les causes prédisposantes, les influences héréditaires ne paraissent jouer aucun rôle ; dans aucun cas elles n'ont été notées.

L'âge a une certaine importance ; ces suppurations chroniques ne se voient pas chez le tout jeune, ni le vieillard ; elles sont l'apanage de l'adolescent et de l'adulte. C'est entre 20 et 30 ans qu'elles se montrent de préférence ; Ripault a signalé un cas à l'âge de 13 ans, et Garel en a observé un chez un individu de 58 ans. Ce sont les âges les plus extrêmes que nous ayons constaté.

L'homme est plus prédisposé que la femme ; sur 23 cas, il s'agissait 15 fois d'adultes du sexe masculin. Les professions ne nous offrent rien de bien intéressant à relater. Maintes fois on trouve dans le passé du malade des causes d'irritation locale, le tabagisme notamment (un cas de Cartaz, un cas de Babuel-Peyrissac).

Le froid joue un rôle certain, puisque c'est lui qui crée une sorte de prédisposition momentanée aux inflammations aiguës et, par conséquent, aux suppurations chroniques qui en résultent ; c'est, du reste, l'opinion que formule Sallard dans son livre *Des amygdalites aiguës*.

Les maladies générales jouent ici le même rôle que le froid, en favorisant l'éclosion des accidents aigus et leur passage à la chronicité ; c'est ainsi que le lymphatisme et l'anémie sont notés dans plusieurs observations (cas de Grynfeld, par exemple) ; dans deux observations (Garel, Rivière), nous trouvons également du nervosisme accentué ; dans aucun cas la diathèse rhumatismale n'a été indiquée d'une façon nette.

Les troubles digestifs sont signalés maintes fois ; dans un cas, M. Garel a noté de la dyspepsie, de la constipation et un état hémorroïdaire ; dans une observation inédite, il a constaté des coliques antérieures, probablement hépatiques ; ce n'est là qu'une simple coïncidence.

La cause vraie c'est l'*infection*, qui se manifeste presque toujours par un début aigu plus ou moins fébrile, souvent phlegmoneux ; *les suppurations*

chroniques de l'amygdale sont presque toujours consécutives à une ou plusieurs poussées d'amygdalites et de périamygdalites aiguës très souvent suppurées.

Sur 23 cas, nous constatons huit fois des poussées phlegmoneuses antérieures, neuf fois des angines aiguës non suppurées ; dans six cas, la maladie a débuté d'une façon chronique (Moure, Laurens, Garel, Lermoyez).

Dans l'observation de Natier et dans une de Babuel-Peyrissac, nous trouvons comme étiologie inflammatoire de la congestion naso-pharyngée.

Les renseignements donnés par les observations ne sont pas assez précis pour nous permettre de dire quelle est la proportion respective des amygdalites et des périamygdalites aiguës dans l'étiologie des suppurations chroniques de la région.

En compulsant les observations, nous remarquons un fait parfois relaté : l'hypertrophie amygdalienne antérieure datant de l'enfance. Dans un cas même de Garel, la mère est atteinte d'hypertrophie tonsillaire infantile, la fille en a également ; une amygdalotomie double n'a pas empêché la production de poussées phlegmoneuses avec passage à la chronicité. L'ablation des amygdales à l'amygdalotome, et leur destruction au galvano-cautère, pratiquée même depuis longtemps, n'a pas suffi pour prévenir l'éclosion de suppurations aiguës avec passage à la chronicité ; ainsi, dans le cas de Noquet, malgré l'amygdalotomie, pratiquée six mois auparavant, il se forme un abcès du moignon avec fistule.

Garel a observé une forme amygdalienne non fistuleuse survenue très longtemps après une amygdalotomie double.

Chez un malade de Cartaz, la destruction des amygdales au galvano amena, à la fin du traitement, une amygdalite aiguë droite, qui se termina par un abcès sus-amygdalien, avec fistule filant dans le voile du palais. Dans plusieurs observations, les auteurs signalent également les adhérences plus ou moins complètes des amygdales aux piliers, surtout au pilier antérieur ; c'est là une cause de moindre résistance, qu'il est bon de noter dans l'étiologie des suppurations chroniques de la région amygdalienne.

D'où vient l'infection ? Il est évident que la bouche est un excellent milieu de culture pour les nombreuses espèces microbiennes signalées depuis longtemps par les auteurs.

Nous n'insisterons donc pas sur le mode d'infection qui se fait de dehors en dedans.

D'ailleurs ces questions de l'infection dans les amygdalites aiguës, début habituel des suppurations et même leur contagiosité ne fait de doute pour personne (Sallard, *Amygdalites aiguës*).

Mais en présence d'abcès d'allure torpide, sans réaction inflammatoire locale et générale, il s'agit de savoir si la suppuration est due au bacille de Koch, ou aux microbes pyogènes habituels. En faveur de la bacillose, il n'existe qu'un fait : c'est la chronicité de ses formes ; dans un cas, la mère était probablement morte de tuberculose pulmonaire (Sargnon). Mais

si nous nousrappelons le début brusque, presque toujours aigu, l'absence habituelle d'antécédents tuberculeux héréditaires et personnels, l'absence d'autres lésions bacillaires et la guérison rapide après une ou plusieurs cautérisations, nous sommes autorisés à conclure, de par la clinique, qu'il ne s'agit pas là de suppurations tuberculeuses, mais bien d'abcès produits pas les microbes pyogènes habituels ; nous en avons d'ailleurs la preuve ; dans sa thèse, M. Babuel Peyrissac a constaté un cas où les colorations immédiates et après cultures lui ont démontré l'existence d'un staphylocoque rappelant le staphylococcus pyogènes albus. C'est le seul cas où l'examen bactériologique a été entrepris. Ajoutons d'ailleurs que l'extrême rareté des suppurations chroniques de cette région et leur diagnostic parfois incertain rend difficile de pareilles recherches.

Pourquoi ces lésions ont-elles une marche chronique ? Il nous faut considérer deux cas : dans les formes nettement enkystées, sans fistules, le pus provoque peu ou pas de réaction inflammatoire et n'a pas de tendance à s'ouvrir au dehors. Il s'agit là certainement de suppurations à microbes atténués ; peut-être même les germes ont-ils perdu toute vitalité. La persistance des formes fistuleuses est facilement explicable ; les fistules sont anfractueuses, irrégulières, filant entre les fibres musculaires.

Ajoutons d'ailleurs que les auteurs ont parfois signalé la persistance de fistules non purulentes, consécutives à des coups de bistouri ; M. Garel en a observé trois cas non publiés.

Il est probable que les mouvements et les contractions musculaires de la région sont pour beaucoup dans la persistance de ces fistules, qu'elles s'accompagnent ou non de suppurations.

Les fistules purulentes s'oblitérent parfois plus ou moins complètement par le fait de leur sinuosité et des contractions musculaires. Il se forme alors un nouvel abcès par rétention, qui se vide au bout de quelques jours, et le cycle recommence.

SYMPTOMES et FORMES CLINIQUES

La symptomatologie des abcès chroniques amygdaliens et périamygdaliens, nulle part tracée dans les traités classiques, est esquissée à grands traits dans les articles que nous avons cités au début de notre travail, notamment dans ceux de MM. Garel et Hugues; les formes fistuleuses filant dans le voile sont bien étudiées par Cartaz; Babuel-Peyrissac, dans sa thèse, fait une description symptomatique générale fort complète, mais il n'en dégage pas les types cliniques, qui, pourtant, diffèrent beaucoup entr'eux.

Après avoir donné une étude symptomatique d'ensemble, nous chercherons à dégager de l'étude détaillée des observations, les différents types cliniques constituant le groupe si disparate des abcès chroniques de la région amygdalienne et périamygdalienne.

Comme nous l'avons déjà vu dans notre étude étiologique, ces suppurations chroniques sont presque toujours consécutives à une amygdalite aiguë catarrhale ou phlegmoneuse; nous retrouvons donc au

début de l'affection tout le cortège symptomatique des affections fébriles: température élevée, anorexie, pouls fréquent, avec des signes locaux fort accentués, dysphagie intense, trismus dans les formes suppurées graves, gonflement et adénopathie sous-maxillaires. Puis ces phénomènes aigus rentrent dans l'ordre; alors deux cas se présentent : la poussée inflammatoire peut guérir complètement, pour récidiver et passer à la chronicité au bout d'un nombre variable d'inflammations aiguës, les unes catarrhales, les autres phlegmoneuses.

S'il s'agit d'angines aiguës suppurées, le pus se fait jour au dehors spontanément, ou à la suite d'une incision, mais il persiste alors, après une ou plusieurs poussées phlegmoneuses, une fistule purulente; parfois même, cela se voit dans les suppurations purement amygdaliennes, l'inflammation aiguë disparaît, l'abcès ne se vide pas au dehors, il reste enkysté et devient chronique.

Il existe dans quelques cas un autre mode de début; chez un malade atteint d'amygdalite lacunaire, les bords enflammés de la crypte caséuse peuvent se souder plus ou moins complètement, provoquant ainsi des phénomènes de rétention; le contenu de la crypte suppure et l'on a ainsi un abcès chronique localisé de l'amygdale, sans ouvertures fistuleuses générales.

Hugues, dans sa monographie, indique nettement ce mécanisme: « lorsqu'en un point de la tumeur, « constituée par l'abcès, on voit un point blanchâtre, « et que cette tumeur paraît superficielle, nous

« croyons qu'on doit penser à une de ces collections
« qui se forment parfois dans les cryptes amygdaliennes. »

Dans les cas où la lésion n'a pas débuté par une période aiguë, il faut rechercher soigneusement s'il n'existe pas de l'inflammation chronique de voisinage : du catarrhe naso-pharyngien, par exemple, de la rhinite hypertrophique ou de l'hypertrophie tonsillaire antérieure.

En compulsant les observations, on retrouve, parfois, au début des suppurations chroniques de la région amygdalienne, ces inflammations torpides de voisinage.

A la période de chronicité, nous avons à étudier deux ordres de symptômes : les signes fonctionnels, les signes physiques.

Et, d'abord, la douleur constitue souvent le symptôme le plus important, qui décide le malade à se faire examiner ; en dehors des poussées aiguës, elle est peu intense, siège dans la région amygdalienne et souvent, dans les formes fistuleuses, elle paraît plus profonde, naso-pharyngée par exemple. Elle se manifeste parfois spontanément, le plus souvent hors de la déglutition et, dans un cas inédit de Garel, chez une religieuse, elle existe principalement après des efforts vocaux prolongés ; il suffit à la malade, de parler un quart d'heure pour l'éprouver.

Dans plusieurs observations, les auteurs signalent plutôt de la gêne que de la douleur vraie ; cette gêne est due à l'hypertrophie de la région et s'accompagne de sensation de corps étranger. Babuel-Peyrissac

signale parfois une dysphagie assez intense pour provoquer de l'amaigrissement par insuffisance d'alimentation ; rarement la douleur s'irradie dans les régions voisines et provoque de l'otalgie réflexe, si fréquente dans les poussées inflammatoires aiguës.

La respiration est rarement gênée, sauf dans les formes à gonflement très accentué, créant ainsi un obstacle pour la respiration buccale et amenant même parfois, une obstruction plus ou moins complète de l'orifice postérieur des fosses nasales (cas de Garel).

La voix est souvent nasonnée, car les mouvements du voile du palais sont plus limités par le fait de l'hypertrophie de la région et des fistules qui la parcourent. La toux prend parfois un timbre guttural, ainsi que le signale Babuel-Peyrissac.

Les abcès chroniques amygdaliens et péri-amygdaliens de gros volume peuvent amener des phénomènes de compression de voisinage ; le fait est absolument exceptionnel. Nous ne connaissons, dans cet ordre d'idée, que le cas de Garel cité plus haut.

Les phénomènes réflexes sont rares. On a signalé la toux réflexe, parfois de l'otalgie, et Babuel-Peyrissac parle même d'irradiations oculaires.

Tels sont les signes fonctionnels que peuvent provoquer ces suppurations chroniques, mais, dans aucun cas, comme c'est la règle en clinique, nous ne trouvons un pareil tableau au complet. Souvent même, en dehors des poussées inflammatoires aiguës, il n'existe aucun signe fonctionnel, même pas de la gêne (cas de Sargnon).

Ajoutons que le malade n'a ni température, ni

réaction ganglionnaire ; quand il existe de l'adéno-pathie sous-maxillaire, elle est peu accentuée, généralement antérieure à la suppuration chronique, ou bien survient au cours d'une poussée inflammatoire aiguë.

En somme, nous retrouvons dans les symptômes fonctionnels de ces suppurations chroniques, la sémiologie de l'hypertrophie amygdalienne avec des phénomènes douloureux en plus ; seuls, les signes physiques peuvent permettre un diagnostic, incertain parfois ; ils varient suivant que nous considérons les formes enkystées ou les formes fistuleuses.

A l'examen d'un abcès enkysté de la région amygdalienne, nous constatons une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant tout ou partie d'une amygdale ; parfois la tuméfaction siège au niveau des fossettes ante, retro, et surtout sus-amygdaliennes, ou bien dans les piliers, et même dans le voile ; mais ces cas de tumeur extra-amygdaliennes s'accompagnent toujours de fistules, ainsi que le démontrent les observations rapportées ; si, au contraire, la tuméfaction est purement amygdalienne, l'enkystement est souvent complet.

La coloration de la tumeur est variable. En l'absence de poussées inflammatoires, la muqueuse est blanchâtre ou rosée ; dans le cas contraire elle est rouge. Parfois, on aperçoit un point saillant de coloration jaunâtre, le pus tend à se faire jour à l'extérieur. En touchant la lésion, soit au doigt, soit avec un instrument, on provoque souvent une douleur plus ou moins intense qui, dans les cas torpides,

manque complètement (Moure, Babuel-Peyrissac, Sargnon).

Ces phénomènes douloureux sont naturellement fort intenses, quand se produisent ces phénomènes inflammatoires si fréquemment observés dans les suppurations chroniques de la région.

La recherche de la fluctuation devrait donner, pour de telles lésions, des renseignements très utiles; en pratique, malheureusement, ce procédé d'exploration donne des résultats souvent incertains. On la recherche par le toucher unidigital ou bidigital et, de préférence, par le toucher indirect avec un instrument rigide (sondes, stylet). On obtient, suivant les cas, des renseignements forts dissemblables, ainsi que le montre le tableau suivant; sur neuf cas où les résultats fournis par le toucher sont relatés, nous trouvons :

Fluctuation franche.....	3 cas.
» douteuse.....	1 »
Tension et dureté.....	2 »
Rénitence sans fluctuation vraie...	2 »
Dureté avec un peu de rénitence...	1 »

Il ne faut donc pas compter sur la fluctuation pour faire le diagnostic; elle manque souvent, et si l'abcès est très tendu et séparé de l'extérieur par une couche épaisse de parenchyme amygdalien, on pensera plus volontiers à une tumeur bénigne qu'à un abcès chronique. Natier, dans son cas, faisait le diagnostic de fibrome à cause de la consistance dure de la tumeur.

Quand il s'agit de formes fistuleuses, les signes

physiques sont tout différents et, d'abord, le malade met rapidement son médecin sur la voie du diagnostic, en lui déclarant que, depuis une angine aigüe, datant de plus ou moins longtemps, il crache par moments de la salive mêlée de pus. A l'examen de la cavité buccale on peut, dans les cas de fistule du voile, de la face interne de l'amygdale et des piliers, apercevoir immédiatement une gouttelette purulente à l'orifice de sortie; pour rendre cette démonstration bien évidente, il suffit d'exercer, avec le doigt ou une spatule, de douces pressions de la région amygdalienne; ce procédé d'exploration est surtout commode quand il existe une tuméfaction plus ou moins limitée de la région, indice manifeste de rétention purulente à ce niveau; en pressant sur ce point on peut faire disparaître ou atténuer la tuméfaction et connaître ainsi l'aboutissant et le point de sortie de la fistule. L'exploration du trajet avec un stylet très flexible, après cocaïnisation préalable, est alors très facile à faire et peut assez bien renseigner sur la longueur, la direction et la profondeur de la ou des fistules.

Néanmoins, l'orifice extérieur du trajet fistuleux n'est pas toujours facile à trouver; quand il aboutit dans les fossettes ante, retro, et sus-amygdalienne, il faut, pour le démasquer, écarter les piliers à l'aide d'un crochet mousse; nous insistons surtout sur l'exploration soigneuse de la fossette sus-amygdalienne qui, d'après Ruault et Cartaz, est souvent le point de départ de fistules filant dans les voiles.

Il est exceptionnel qu'avec les recherches attenti-

ves et méthodiques, chez un malade docile, anesthésié à la cocaïne, on ne puisse découvrir la fistule. Dans un cas, pourtant, de M. Garel, il en est ainsi, et l'auteur suppose son existence en arrière du pilier postérieur.

Telle est la symptomatologie générale des suppurations chroniques de la région amygdalienne; mais elle varie beaucoup suivant les cas et, de l'étude attentive des observations, nous allons essayer de dégager un certain nombre de types cliniques.

Nous distinguerons tout d'abord deux grandes catégories de formes:

A. — Les formes intra-amygdaliennes,

B. — » » extra » .

Les formes intra-amygdaliennes se subdivisent elles-mêmes en deux grands groupes, suivant qu'il existe ou non des fistules.

Les suppurations chroniques intra-amygdaliennes non fistuleuses affectent trois types principaux:

1^o — Type à hypertrophie totale,

2^o — » » partielle,

3^o — » liquide butyreux.

Les deux premiers types ont déjà été séparés par M. Sargnon, dans son travail sur les abcès de l'amygdale.

Les formes extra-amygdaliennes paraissent jusqu'à présent être toujours fistuleuses. Nous n'avons pas trouvé un seul cas complètement enkysté.

Dans la forme intra-amygdalienne à hypertrophie totale, il s'agit d'un abcès central, vraisemblablement intra-parenchymateux d'emblée, donnant lieu à une tuméfaction en masse plus ou moins lisse, sur laquelle court un fin réseau vasculaire complètement masqué, si la muqueuse est enflammée. Il n'y a plus de traces de cryptes, la distension les a fait disparaître totalement.

La tumeur est peu ou pas douloureuse, sauf quand elle subit des poussées inflammatoires, d'ailleurs momentanées. La consistance est, en générale, dure, tendue.

Le diagnostic d'une pareille forme est donc difficile à faire avec les kystes amygdaliens, mais il s'agit, là, d'une lésion bien exceptionnelle et les tumeurs bénignes, le fibrome par exemple (Natier).

La forme à hypertrophie partielle est, en général, plus facile à reconnaître. Le plus souvent elle présente de la fluctuation et une pointe blanc jaunâtre, qui fait immédiatement songer à un abcès. Il est probable qu'il s'agit là d'une amygdalite lacunaire enkystée suppurée; c'est l'opinion de Babuel-Peyrissac de Hugues et de Sargnon.

La troisième forme, non fistuleuse, est caractérisée par la présence d'un liquide butyreux, c'est-à-dire d'un produit jaune brun, très dense, sirupeux, ressemblant tout-à-fait à la matière d'un kyste sébacé. L'abcès une fois ouvert, il faut, pour le vider, exprimer la poche dont le contenu s'élimine sous forme d'un tube effilé venant tomber sur la base de la langue. Avant l'incision, la tuméfaction, est lisse,

homogène d'aspect jaunâtre, rénitente sans fluctuation vraie à cause de la consistance très épaisse du liquide.

D'où provient ce produit butyreux ? Est-ce une transformation du pus ? Est-ce un produit de sécrétion des glandes acineuses qui, pour certains auteurs, se déverse dans les cryptes ? Sur ce terrain, nous ne pouvons faire que des hypothèses. Nous ne connaissons, d'ailleurs, que deux cas de ce genre, relatés dans la thèse de Babuel-Peyrissac.

Les formes intra-amygdaliennes fistuleuses présentent peu d'intérêt, la fistule est unique ou multiple. Pour classer les fissules extra-amygdaliennes, considérons l'orifice de sortie ; c'est ainsi que la fistule s'ouvre au niveau du pilier antérieur, du pilier postérieur, de la fossette antérieure ; la catégorie la plus nombreuse est représentée par les fistules sus-amygdaliennes filant dans le voile ; il peut exister plusieurs fistules à trajets variables.

Nous allons résumer dans un tableau ces diverses formes avec leur fréquence.

FORMES INTRA- AMYGDALIENNES	1 ^o non fistu- leuses	a). Type à hypertrophie totale : 4 cas.
		b). Type à hypertrophie partielle : 4 cas.
	2 ^o fistu- leuses	c). Type à liquide butyreux : 2 cas.
		a). Fistule unique : 2 cas. b). Fistules multiples : 1 cas.